POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec — ROCZNIK TRZECI — 1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni anatomo-patologicznej Uniw. Jag. prof. Browicza.

Guzy leukaemiczne pozagałkowe.

Podał

DR KAROL BRUDZEWSKI.

(1 rycina.)

Zmiany chorobowe oka, rozwijające się na tle białaczki, należą do rzadkich. Najczęstszemi zaś z pomiędzy nich są powikłania ze strony siatkówki i nerwu wzrokowego; nader rzadko spostrzegać można zmiany chorobowe, występujące obustronnie, jużto jako guzy powiek, jużto jako guzy pozagałkowe, powodujące symetryczne wysadzenie gałek. W literaturze szczegółowej zaledwie kilka opisów tegoż właśnie symetrycznego schorzenia organu wzrokowego znaleść możemy, — a i tam tylko w mniejszej ich części wykazano niewątpliwą białaczkę. Mając sposobność badania przypadku białaczki, powikłanego guzami oczodołowymi pozagałkowymi, pozwalam sobie tutaj go opisać, właśnie ze względu na rzadkość jego.

U chłopca, rok jeden liczącego, zauważyli rodzice łzawienie i zalepianie się oczu, a w kilka tygodni później zbytnie

wystawanie obu gałek. W 2 tygodnie później miał powstać na oku lewem wrzód, wskutek czego dziecko na oko to [1]) zaniewidziało. Że zaś wystawanie gałek coraz to się zwiększało, a obok tego dziecko znacznie chudło i wybladło, oraz zjawiły się wymioty i bardzo obfite i częste wypróżnienia stolca, zdecydowali się rodzice poddać dziecko leczeniu.

Badanie wykazało znaczne wychudnięcie całego organizmu. Skóra blada, sucha, pomarszczona. Zęby przednie górne zniszczone próchnicą. Gruczoły karkowe i podszczękowe silnie obrzmiałe,— powiększonymi także są i pachowe i pachwinowe, chociaż w stopniu mniejszym, niż karkowe. W płucach, w górnym lewym i dolnym prawym płacie, obfite rzęrzenie drobne, wilgotne,— wydechy prawie oskrzelowe,— kaszel nieznaczny. Tony serca czyste, ale bardzo słabe, — wątroba niemacalna; śledziona macalna pod łukiem żebrowym, powiększona i twarda. Brzuch silnie wzdęty, — ściany dziecko silnie napina, wobec czego nie można palpacyą w jamie brzusznej nic wybadać.— Stolce częste, płynne,— wymioty prawie po każdem karmieniu. Ciepłota 38.2. Obie gałki oczne wysadzone silnie z oczodołów. Na oku lewem powieka górna nie pokrywa już rogówki; dolna powieka jest przez silnie obrzmiałą spojówkę zepchnięta ku dołowi i obrzmiała. Rogówka cała zniszczona; tęczówka obnażona w górnej swej połowie. Szpara powiekowa częściowo zalepiona strupem, a po zdjęciu tegoż widać całą tęczówkę sterczącą na zewnątrz, obrzmiałą i pokrytą ropną wypociną. Górny brzeg twardówki naciekły ropą. Poniżej brzegu oczodołowego górnego wyczuć można pod jego sklepieniem od strony nosowej guz owalny, twardy, miernie przesuwalny, a po drugiej stronie dwa takież guzy.— Prawe oko także silnie wysadzone ku przodowi i ku zewnątrz-górze. Powieka górna pokrywa rogówkę dobrze. Skóra jej cienka, żyły porozszerzane przeświecają przez bladą skórę. Rogówka zmian nie okazuje, również bez zmian i tęczówka i komórka p. Źrenica wązka, ruchoma. Ze szpary

---

[1]) W ciągu jednej doby. W.

powiekowej wystercza wał woskowobiałej, zgrubiałej, przy lada dotknięciu broczącej spojówki, ułożonej w fałdy, biegnące równolegle do kierunku brzegu powiekowego; przy dotknięciu uczuwa się opór elastyczny. Spojówka cała pokryta niezbyt obfitą wydzieliną śluzoworopną. Powieka dolna zepchnięta na dół i wywrócona. — Na brzegu oczodołu wyczuć można wydobywające się z poza gałki guzy, z brzegiem oczodołu silnie złączone, elastyczne, wielkości bobu, o powierzchni nierównej— płaskie, poza brzeg oczodołu nie wystające, umiejscowione tak w górnowewnętrznym jak i w dolnozewnętrznym kącie oczodołu. Prócz tego wyczuć można guz pod powieką górną od strony nosa wielkości grochu, ruchomy i elastyczny, a od skroni także podobny, lecz większy guzek, odpowiadający powiększonemu gruczołowi łzowemu. Gałka sama nie porusza się czynnie; można ją jednak palcami z boku na bok przesunąć. Do oczodołu wtłoczyć się nie daje. — Badanie wziernikiem bardzo trudne z powodu niepokoju dziecka. Skiaskop wykazuje wysoką bardzo hypermetropię. Wziernik zaś wykazuje obrzęk tarczy, oraz siatkówki przy tarczy, pokręcone naczynia, oraz silnie porozszerzane. Na siatkówce skąpe, minimalnej wielkości wynaczynionki, a w skroniowej połowie odblask więcej szarawy, oraz fałdy siatkówki.

Nadzwyczajna bladość powłok, wynędznienie, oraz obustronny trzeszcz zrodziły zaraz podejrzenie, że mamy przed sobą ogólne schorzenie organizmu, a powiększenie gruczołów chłonnych oraz śledziony skierowało poszukiwania nasze w kierunku organów krwiotwórczych. — I rzeczywiście już pobieżne badanie krwi pod drobnowidem wykazało nadmierne zwiększenie się ilości ciałek białych w krwi; rozpoznano białaczkę. — Wykonane przez Dra Gólskiego, elewa kliniki chorób wewnętrznych, badanie krwi szczegółowe — potwierdza nasze pierwsze rozpoznanie, gdyż wynik badania stwierdza nadmierną ilość ciałek białych. Stosunek ich do c. czerwonych ma się jak 1:5. Procent hemoglobiny spadł do 21% (Fleischl). Krew, ustalona na szkiełku i barwiona sposobem Ehrlicha (triacid), oraz eozyną i błękitem metylenu, okazuje c. białe krwi, należące do

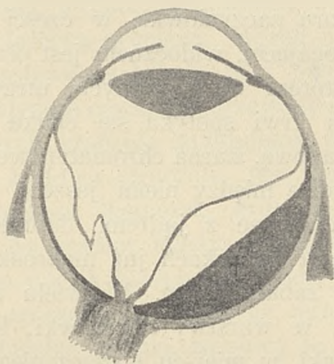
rzędu t. zw. lymfocytów (94%), a t. zw. neutrofilów jest zaledwie 5·3%; tu i owdzie nieliczne myelocyty, a wśród ciałek czerwonych ciałka jądrzaste. Badanie krwi szczegółowe wykazuje zatem nie tylko niewątpliwą białaczkę, ale i jej rodzaj, mianowicie t. zw. leukaemia lymphatica. —

W krótkim czasie po badaniu dziecko zmarło wśród objawów zapalenia płuc i niedomogi serca. Na stole sekcyjnym wydobyto gałkę prawą i ustalono w formalinie: przy wydobywaniu jej okazało się, że obok guzów, które za życia można było na brzegu oczodołu wybadać, znajdują się wśród tkanki, wypełniającej jamę oczodołową, liczne małe guzki, luźnie w tkance tej usadowione; wyjęto kilka tychże oraz gruczoł łzowy i mięśnie oczne zewnętrzne w celu badania drobnowidowego. Po ustaleniu w formalinie i zatopieniu w celloidynie, zrobiono cały szereg skrawków, które barwiono hematoksyliną, eozyną i barwikiem Van Gieson'a.

W spojówce gałkowej naczynia krwionośne bardzo porozszerzane. Niektóre wypełnione c. białemi i c. czerwonemi krwi. Przybłonek spojówki gałkowej zachowany i barwi się dobrze, oraz zmian żadnych nie okazuje. Przybłonek spojówki, w miejscach, odpowiadających części jej chemotycznie obrzmiałej, zmieniony. Jądra przybłonka albo wcale, albo tylko słabo się barwią; w niektórych miejscach przybłonka wcale niema. W samej tkance błony spojówkowej znaczny naciek białaczkowy, składający się z komórek o dużem, dobrze barwiącem się jądrze, a bardzo skąpej ilości pierwoszczy; naciek ten tem obfitszy, im bliżej powierzchni; tu i owdzie więcej zbity, tworzy jakby ogniska białaczkowe, składające się wyłącznie z komórek limfoidalnych; w ścianach naczyń grubszych tętniczych, a mianowicie w ich warstwie zewnętrznej *(adventitia)* naciek białaczkowy rozwłóknia tę ścianę, wbijając się między włókienka, nie dochodzi jednak do błony mięsnej; taż, oraz i błona wewnętrzna zmian nie okazują.

Znaczne zmiany spotykamy w n a c z y n i ó w c e, i to już okiem nieuzbrojonem. Naczyniówka, która w stanie prawidło-

wym przedstawia się w skrawku drobnowidowym na przekroju jako wązki, zaledwie widzialny pasek, tutaj jest znacznie zgrubiałą, tworząc w części nosowej gałki ocznej pokład na 0.3 milimetra gruby (rysunek 1), — w okolicy wejścia nerwu ocznego do gałki grubieje naczyniówka jeszcze więcej, otaczając nerw oczny jakby wałem, i dochodzi w tylnozewnętrznym odcinku gałki do grubości 3 milimetrów!, tworząc istotny guz, sterczący do jamy gałki. Średnica tego znacznego zgrubienia wynosi około 15 mm, w okolicy przyczepu m. zewnętrznego prostego masa ta cieńczeje. Na skrawkach, barwionych eozyną i hematoksyliną, cała ta zmieniona naczyniówka odbija silnie-



niebieską barwą od różowej twardówki, a zachowanie się wobec hematoksyliny świadczy o wielkiej zawartości jąder. Toteż drobnowid wykazuje, że i to zgrubienie naczyniówki, jak i guz jej, na dnie oka powstały, składają się ze zbitego nacieku białaczkowego, którego elementa składowe, drobne komórki, o małej ilości protoplazmy, o dużych, dobrze barwiących się jądrach, w tem utkaniu guza przeważają, obok nielicznych komórek z większemi owalnemi, słabo się barwiącemi jądrami. Barwik naczyniówki (Stroma pigment) zaledwie tu i owdzie się napotyka; komórki barwikowe są jednak małe i posiadają zaledwo ślady wypustek. W tumorze trudno rozpoznać jakąkolwiek warstwę naczyniówki. Widoczne są naczynia krwionośne, za-

wierające częściowo białe lub czerwone ciałka krwi, w większej części są jednak próżne. Tu i owdzie widać jeszcze ślady włókien, odpowiadające błonie suprachoroidealnej, którą oddziela od twardówki warstwa nacieku białaczkowego. Łatwiej można rozpoznać jeszcze warstwę naczyń grubych i »suprachoroidea« w obwodowych częściach naczyniówki, — ale i to w kilku zaledwie miejscach; reszta naczyniówki jest w całości naciekła zbitym naciekiem białaczkowym, sięgającym do ciałka rzęskowego, które, choć niezbyt obficie, także jest już naciekłe; jednakże budowa jego wszędzie widoczna. W nacieku samym spotyka się tu i owdzie w komórkach nacieku wyraźną karyokinezę, oraz liczne drobne świeże wynaczynionki. W zewnętrznym odcinku tumoru naczyniówki, w części bezpośrednio do naczyniówki przylegającej, widocznem jest płaskie większe wynaczynienie, w którem obok licznych utrzymanych jeszcze ciałek czerwonych krwi spotyka się ciałka czerwone zmienione, miazgę rozpadową, ziarna chromatynowe z rozpadających jąder, a gdzieniegdzie między niemi jeszcze komórki nacieku białaczkowego zachowane z jądrem, dobrze się barwiącem. Okolica ta odbija na skrawkach już makroskopowo od reszty nacieku słabszem zabarwieniem. W wielu miejscach naciek białaczkowy sięga w warstwy twardówki, które rozwłóknia; a włókna twardówki, w miejscu wynaczynienia właśnie opisanego, są połamane i porozrywane, a między niemi znaczniejsza ilość dobrze zachowanych c. ciałek krwi. Naciek białaczkowy towarzyszy także wszystkim naczyniom, przebijającym tylny odcinek twardówki, i to tak obficie, iż naczynia leżą zupełnie jakby w pochwach, z nacieku tego wytworzonych; oraz wypełnia, szczególniej w tyle, osłonkę Tenona. Pochewki nerwu wzrokowego, oraz sam nerw wzrokowy, i siatkówka są od nacieku wolne. Tarcza nerwu wzrokowego jest silnie obrzmiałą, gdyż naciek białaczkowy otacza nerw i ściska go przy wyjściu z twardówki. Obrzęk tarczy sięga także i na warstwę włókien siatkówki. Naczynia siatkówkowe są silnie porozszerzane, częściowo wypełnione białemi i czerwonemi ciałkami krwi. W warstwie jądrzastej wewnętrznej widoczne są małe i skąpe

wynaczynionki; nacieku białaczkowego jednakże nigdzie w siatkówce nie spotykamy.

Naciek białaczkowy z osłonki Tenona rozpościera się dalej w osłonki mięśni ocznych. Wnikając dalej i w mięśnie, grupuje się on około naczyń, szerzy wzdłuż tkanki łącznej; otaczając pojedyncze pęczki włókien mięsnych, gromadzi czasem w tak znacznej ilości, że na przekroju, tak podłużnym, jak i poprzecznym, włókna mięsne zaledwie w małej części są zachowane; a i te są mocno ścieńczałe. W wielu miejscach zupełnie zginęły, i tam są zupełnie przez naciek białaczkowy zastąpione.

Toż samo można powiedzieć o gruczole łzowym; i tam naciek białaczkowy wyparł, szczególniej w częściach obwodowych, tkankę właściwą gruczołu. Wśród nacieku w częściach przybrzeżnych gruczołu zaledwie tu i owdzie znaleźć można zachowane pojedyncze cewki lub przewody gruczołowe. W częściach środkowych gruczołu znajdujemy także komórki białaczkowe, ale budowa gruczołu jest zupełnie utrzymana, a tylko pierwoszcza komórek gruczołowych jest bardzo silnie ziarnista. Na granicy między środkową częścią gruczołu a jego obwodem naciek białaczkowy zaczyna już otaczać pojedyncze zrazy gruczołu i wciska się wraz z tkanką łączną i naczyniem pomiędzy zraziki, rozsuwa je, by wreszcie doprowadzić je do zaniku.

Utkanie guzów, wydobytych z oczodołu, nie różni się zasadniczo niczem od budowy guza naczyniówki. Guzy te składają się także ze zbitego nacieku białaczkowego. Tu i owdzie wśród guza liczne komórki tłuszczowe, pochodzące z tłuszczu oczodołowego, mieszczące się w samym środku guza; ułożone obok siebie po kilkadziesiąt, robią wrażenie węzy pszczolej *(Honigwabe)*. Oprócz nich widoczne są w guzach resztki włókien tkanki łącznej, oraz naczynia grubsze i cieńsze; te najczęściej w środku nacieku przebiegają; wśród guzów liczne punkcikowate wynaczynionki. Osłonki własnej guzy te nie posiadają i przechodzą w tkankę je otaczającą mniej lub więcej ostrą granicą.

Prócz narządu wzroku są zmienione i inne narządy.

Wspomnieć chcemy tylko pokrótce, że naciek białaczkowy otacza nader obficie naczynia wieńcowe serca, które leżą w samym jego środku; obok tego naciek białaczkowy wdziera się w sam mięsień sercowy, rozdzielając i uciskając pojedyncze beleczki mięśnia sercowego. Takiż sam naciek towarzyszy w niektórych miejscach naczyniom opony miękiej, wchodząc wraz z niemi w istotę korową mózgu. — Szczególniej obficie nagromadza się naciek w miejscu połączenia żebra z chrząstką — tam tworzy znaczne zgrubienia, wśród których widać jeszcze resztki zachowanych beleczek kostnych. — Opis szczegółowy tych zmian będzie w innem miejscu ogłoszony i dlatego ograniczamy się jedynie do tej krótkiej notatki.

Opisany przez nas przypadek należy niewątpliwie do rzadkich. Znamy zapalenie siatkówki w przebiegu białaczki, oraz wynaczynionki tej błony; obydwa te powikłania nie należą do rzadkich i podręczniki chorób ocznych umieszczają je w odrębnych rozdziałach. Jednakże guzy pozagałkowe białaczkowe pominięte są milczeniem, a tylko Panas wspomina krótko o nich w swym »Traité des maladies des yeux«. Hochheim[1]), opisując symetryczny tumor powiek, zebrał równocześnie z całej literatury wszystkie dotychczas opisane przypadki symetrycznie występujących guzów pozagałkowych i rozdzielił je dla lepszego i łatwiejszego przeglądu na cztery główne typy. Mianowicie: guzy symetryczne oczodołu mogą być albo lymphomata zwykłe, albo guzy białaczkowe, lub też pseudoleukaemiczne, i wreszcie guzy do żadnej z tych trzech kategoryi nie należące, jak np. w przypadku Powella, który opisał przypadek symetrycznie występującego mięsaka oczodołu. Podług jego zestawienia najczęstszymi guzami są guzy, powstające na tle białaczki i pseudoleukaemii, tak, iż w razie napotykania ich należy zawsze badanie krwi wykonać. Niestety badanie to nie zawsze, albo niezupełnie było przeprowadzone, a z ośmiu opisanych guzów białaczkowych (Gallasch[2]), Chauvel[3]), Le-

[1]) Archiv f. Ophthalmologie Graefego. 1900.

[2]) Lehrbuch f. Kinderheilk. 1875.

[3]) Gazette hebdom. de med. et chirurg. 1877.

ber[1]), Osterwald[2]), Birk[3]), Delens[4]), Dunn[5]), Kerschbaumer[6]) zaledwie w sześciu przypadkach stwierdzono badaniem krwi, czy to za życia czy też po śmierci wykonanem, białaczkę niewątpliwą. I nasz przypadek tutaj zaliczyć należy. Sama symetrya guzów pozagałkowych może tylko zrodzić przypuszczenie leukaemii lub pseudoleukaemii,— a jedynie badanie krwi wyjaśnia i ustala rozpoznanie. Przypadki, opisane przez Dunna, Osterwalda i Gallascha są z tego względu jeszcze ciekawe, że białaczka była stwierdzoną u dzieci niżej 8 lat, podczas, gdy reszta przypadków zdarzyła się u ludzi między 23 a 55 rokiem życia. Zbyt jednak małą jest liczba ogólna, aby z tego jakiś więcej stanowczy wniosek wysnuć można.— Guzy leukaemiczne nie są wczesnym objawem ogólnego schorzenia— owszem, przeciwnie, występują one dość późno, i badanie ogólne wykazuje w chwili ich wystąpienia daleko posunięte inne zmiany w ustroju. — są jednak objawem nieraz pierwszym, na który chorzy uwagę zwracają, przynajmniej tak wnioskować należy z ogłoszonych opisów historyi chorób. — Odsyłając czytelnika, pragnącego więcej szczegółów o guzach oczodołowych, do pracy Hochheima, pozwalamy sobie zwrócić uwagę jeszcze na nasz przypadek z tego względu, iż badane przez nas oko okazuje zmiany śródgałkowe, dotychczas wcale jeszcze nieopisywane [7]). Mamy bowiem przed sobą niewątpliwy heteroplastyczny guz białaczkowy naczyniówki, obok na-

---

[1]) Archiv Graefego. 1878.

[2]) Archiv Graefego. 1878.

[3]) St. Petersb. med. Wochenschrift. 1883.

[4]) Arch. d'Ophtalmol. 1886.

[5]) Opht. Review. 1894.

[6]) Arch. Graefego. 1895.

[7]) Oprócz przytoczonych przez autora przypadków, z literatury znane są jeszcze przypadki: Axenfelda A. f. O. 37. 4. 102. — Bronnera Transactions of the 8 intern. ophth. congress Edinburgh p. 202. — Boermy A. f. O. 40. 4., p. 119. — Również przytoczyć wypada jeszcze pracę Feilchenfelda: Über leukaemische Pseudotumoren in der Retina. — Archiv f. Augenheilkunde, t. 41., z. III., ref. w Post. Ok. 1900., str. 399. *Red.*

cieku całej naczyniówki. Nacieki białaczkowe rozlane całej naczyniówki, ale miernego stopnia, opisali Oeller[1]), Rosa, Kerschbaumer[2]). Ale sam Oeller, opisując zmiany naczyniówki, wyraża wątpliwość, czy ma do czynienia z rzeczywistym naciekiem naczyniówki, czy też, że to zgrubienie naczyniówki polega tylko na rozdęciu naczyń[3]), które są przepełnione ciałkami białymi krwi. Osterwald[4]) także podaje, iż w jego przypadku naczyniówka była zmienioną przez naciek białaczkowy; bliżej jednakże zmiany tej nie opisuje, — a tylko R. Kerschbaumer podaje (obok rysunku gałki w przekroju), że szczególniej tylny odcinek naczyniówki był tak znacznie zmieniony, iż wynosił poczwórną grubość naczyniówki prawidłowej, i że utkania naczyniówki histologicznie rozpoznać nie było można. Nie był to jednak istotny guz, jak w naszym przypadku, gdzie guz dochodził do grubości 3 milimetrów; to też choćby z tego względu przypadek ten zająć musi odrębne miejsce między dotychczas znanemi powikłaniami białaczki[5]).

Ciekawy ten przypadek, tak szczegółowo przez autora w pracowni prof. Browicza analizowany, przedstawił się pierwotnie w klinice okulistycznej, gdzie zaraz zajęto się stwierdzeniem głównem stanu choroby ocznej. Na razie stan rogówki

---

[1]) Archiv Graefego. XXIV.

[2]) L. c.

[3]) W pewnym związku do owych guzów stoją także wydęcia naczyń, o których wspomina Dr Murakami. — Kl. Monatsbl. Febr. 1901., ref. w Post. Ok., p. 192. *Red.*

[4]) L. c.

[5]) Już Foerster w znakomitem swem dziele »Allgemein Leiden und Veraenderungen des Sehorgans« (Graefe-Saemisch, t. VII., p. 78) pisze: »wie also in der Leber, in der Niere, in der Pleura, in der Magen- und Darmschleimhaut zahlreiche meist flach prominente Herde gefunden werden, die aus zahlreichen Zellen u. Kernen bestehen, so enthaelt auch die Netzhaut u. die Choroidea, leztere wie es scheint seltener, dergleichen leukaemische Geschwulstherde die etwas nach innen prominiren u. haufig von einem Extravasate umschlossen sind«. *Red.*

lewej przypominał *keratomalatia infantum* na tle kiły przyrodzonej, mianowicie wobec noska siodełkowatego, zębów nieprawidłowo rozwiniętych i szybkiego rozpadu rogówki przy bladości spojówki, i ogólnego apatycznego zachowania się dziecka. Atoli wysadzenie gałek, stwierdzenie licznych guzów śródoczodołowych, a także w innych częściach ciała, nadzwyczajna bladość błon śluzowych i skóry kazały się domyślać ciężkiego cierpienia ustrojowego, zwłaszcza gruźlicy, więcej zaś jeszcze białaczki. Wobec groźnego niebezpieczeństwa wylania się zawartości lewej gałki po zniszczeniu całej rogówki i wnikaniu sprawy ropnej do wnętrza, przystąpiono zaraz do wypaproszenia tej gałki, a po zaopatrzeniu oka operowanego, w braku miejsca w klinice, zwrócono się o gościnę do szpitala św. Ludwika, by personal lekarski kliniczny mógł mieć sposobność do zrobienia dalszych nad dzieckiem obserwacyi dla dopełnienia badania i dla utwierdzenia rozpoznania, względnie, by w przewidywaniu rychłego zgonu, zapewnić badanie *post mortem.* — Z przyjemnością podzieliliśmy się z czytelnikami »Postępu Okulistycznego« wynikiem sekcyi, przez autora życzliwie nam podanym w powyższej pracy, zaznaczając, że opis choroby, w tej pracy przytoczony, po części zaczerpnięty jest z księgi protokołowej kliniki okulistycznej. *Uw. red.*

II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. XLIII.

I. *O histologicznej budowie blizn, powstałych po tylnej sklerotomii.* (Zur Histologie der Narben nach Sklerotomia posterior.) Dr I. Meller.

Chcąc się przekonać, czy zbawienny skutek sklerotomii przy jaskrze polega na właściwości przesączania, jak to twierdzi Wecker i inni, poddał Meller dokładnemu badaniu drobnowidowemu dwie blizny, powstałe po sklerotomii w oczach, wyjętych z powodu jaskry.

W obydwóch przypadkach była twardówka w miejscu operacyjnem wydętą, unaczynioną i silnie zbliznowaciałą. Tak samo zbliznowaciałą była siatkówka i naczyniówka, znajdująca się pod blizną twardówkową, lubo w daleko wyższym jeszcze stopniu.

Autor jest zdania, że przy tak bardzo znacznem zbliznowaceniu pooperacyjnem tych tkanek nie może być mowy o przesączaniu. *Dr T. Bałłaban.*

II. *Przyczynek do bakteryologii przewlekłych ropnych zapaleń gruczołów powiekowych Meiboma.* (Zur Bacteriologie der chronischen eitrigen Entzündungen der Glandulae Meibomii des Lides). Dr A. A. Maklakoff, jun.

Autor opisuje nieznany dotychczas przypadek, w którym prątki »ozeny« spowodowały ropne zapalenie gruczołów Meiboma.

U chorej, która od 15 lat cierpiała na ponawiające się jęczmiona i wrzody powiekowe, stwierdzono już przed laty znaczny zanik błony śluzowej nosa, przyczem były kości nosowe miejscami zupełnie z błony śluzowej obnażone. Chora, która nie poddawała się nigdy odpowiedniemu leczeniu, zgłosiła się przed niedawnym czasem ze skargą, że od lat 5ciu oczy jej coraz bardziej ropieją i czerwienieją. Badanie wykazało odwrócenie dolnej powieki prawego oka, przyczem były obie powieki tego oka miejscami mniej lub więcej obrzękłe i zgrubiałe. Szczególniej wydatne były te obrzęki w okolicy punktów łzowych. Odpowiednio tym zgrubieniom była spojówka przekrwioną i miejscami zbliznowaciałą.

Otwory gruczołów Meiboma były nierównomiernie rozszerzone, a wprowadzona w nie sonda wnikała miejscami 6—7 mm głęboko. Przy ucisku wydobywała się z gruczołów żółtawa, ciągnąca się ropa.

W worku spojówkowym znajdywało się wiele ropnego śluzu. Podobne zmiany znajdywały się i na dolnej powiece oka lewego.

Z powodu odwrócenia dolnej prawej powieki wycięto z jej środkowej trzeciej części trójkątny kawałek, którego podstawę tworzył wolny brzeg powieki. Powstałą tak ranę wyskrobano ostrą łyżką. Podobnie oczyszczono ostrą łyżką i inne miejsca obrzękłe powiek, po poprzedniem ich nakłuciu. Po tym zabiegu nie dało się więcej wycisnąć ropy z powiek, a badanie nosa wykazało brak w nim strupów i wydzieliny.

Drobnowidowe badanie ropy na preperatach, barwionych wodnym rozczynem fuksyny, wykazało liczne ropne komórki i bardzo liczne krótkie prątki o zaokrąglonych końcach, $1^1/_2$ μ długie, a 1 μ szerokie. *Dr T. Bałłaban.*

III. *Przyczynek do patologii zboczeń w przebiegu naczyń i wytwarzania się na siatkówce pasemek.* (Ein Beitrag zur Pathologie der Gefässanomalieen und Streifenbildung in der Retina). Dr Rudolf Schilling.

Na podstawie widzianych dwóch przypadków, w których znajdywały się na siatkówce matowe, szarobiaławe pasemka, a naczynia jej były mocno pokręcone, zastanawia się autor nad sposobem powstania tych zmian, odnosząc się do bardzo różnorakich w tym kierunku zdań licznych autorów. *Dr T. Bałłaban.*

IV. *Prawo elektrycznego pobudzenia nerwu wzrokowego, jako jednego z nerwów zmysłowych.* (Das Gesetz der elektrischen Erregung des N. opticus als eines Sinnesnerven). — Dr Richter.

O pobudzeniu n. wzrokowego stałym prądem nie mieliśmy dotąd jasnego pojęcia, gdyż było tylko tyle wiadomem, że otwarcie i zamknięcie prądu wywołuje w oku błyski.

Autor sporządził 16 cm. długą elektrodę, zakończoną guzikowato, i wprowadzał ją dolnym przewodem nosowym aż do sklepienia gardła *(Rachen).*

W ten sposób zbliżał on elektrodę możliwie najbliżej do pnia nerwu wzrokowego. Drugą elektrodę kładł wprost na zamknięte powieki oka.

Badania były robione w mocno zaciemnionym pokoju, a dały wynik następujący:

Przy napięciu prądu o sile 2 Volt (na oku katoda — na sklepieniu gardła anoda) zamknięcie i trwanie katody było bez wyniku, natomiast otwarcie katody wywoływało na całej siatkówce szybko przemijające, równomierne światło, podobne do światła elektrycznego. Zmiana prądu przy tejże sile napięcia prądu nie powodowała żadnego podrażnienia.

Przy 6—8 Volt silnym prądzie powstawał przy otwarciu katody silny objaw świetlny — przy zmianie zaś biegunów powstawało środkowo silne niebieskozielonkawe światełko, poza tem pasmo mniej oświetlone, a obwodowo znowu okrągłe światło.

Liczne badania, przedsiębrane przez autora na sobie samym i na chorych, dowiodły stałości tego prawa dla nerwu wzrokowego. A mianowicie, że otwarcie katody wywołuje na gałce ocznej objawy świetlne. Przy prądach zaś silniejszych powoduje zamknięcie i trwanie anody środkowe objawy świetlne, które znikają przy zamknięciu anody. *Dr T. Bałłaban.*

O poczuciu barw u ludów starożytnych i przedhistorycznych. (Du sens chromatique dans l'antiquité sur la base des dernières découvertes de la préhistoire, de l'étude des monuments écrits des anciens et des données de la glossologie.). Dr Bénaky (ze Smyrny). Wydał Maloine w Paryżu.

Dr Bénaky ze Smyrny wydał świeżo dzieło, będące w pierwszym rzędzie krytyką poglądów Magnusa i Gladstone'a, odnoszących się do zagadnienia, czy człowiek w najdawniejszych epokach swego istnienia posiadał zmysły tak czułe i tak wyrobione, jak je posiada człowiek dzisiejszy, czy był zdolny rozeznawać niezliczone odcienie barw, czy posiadał ucho wrażliwe na tony o określonej wysokości, czy był w stanie po woni kwiat rozpoznać. Zdaniem Magnusa i Gladstone'a człowiek pierwotny posiadał siatkówkę taką, jaką posiada i dzisiaj każde nowonarodzone dziecko, to znaczy zdolną tylko do odróżniania światła od ciemności, a inne jego zmysły zachowywały się też analogicznie. Nie dosyć jednak na tem. Autorowie ci twierdzą, że ludzie nawet z epoki Homera i późniejsi nie posiadali tak doskonałego poczucia barw, do jakiego przez wiekowy rozwój doszło oko dzisiejszego człowieka, a zarazem prorokują, że przyszłe wieki sprowadzą dalszy postęp w doskonałości poczucia barw, że mianowicie siatkówka ludzka nabędzie zdolności rozróżniania kolorów pozafiołkowych, dzisiaj niewidzialnych lub zaledwie dostrzegalnych. W hymnach Wedy, najdawniejszych pomnikach myśli ludzkiej pisanej, nie ma wzmianki o barwie niebieskiej (n. p. o błękicie nieba) ani o zielonej (o zieloności drzew), a tylko spotyka się określenie barwy czerwonej, jedynej zatem — zdaniem Magnusa, — jaką rozróżniały oczy staroindyjskich pierwotnych plemion. Dla Homera i ludzi mu współczesnych istniały, powiada Magnus, tylko barwy jasne, bogate w światło; o kolorach mało jaskrawych, jak zielony, błękitny, fiołkowy, nie ma wyraźnej wzmianki w jego epopejach.

Dr Bénaky występuje stanowczo przeciwko tym wywodom. Przedewszystkiem zwraca uwagę na okoliczność, że i w dzisiejszym świecie poczucie barw nie jest wyłącznym przywilejem ludzkiego oka. Istnieją niezliczone dowody na to, że i zwierzęta, i to nie tylko kręgowce, ale i niektóre bezkręgowe, doskonale rozróżniają barwy. Trudno przypuścić, aby człowiek pierwotny nie posiadał co najmniej tej wrażliwości zmysłowej, jaką posiadają zwierzęta stojące na znacznie niższym szczeblu rozwoju. Jeśli w hymnach Wedy nie ma wzmianki o niektórych barwach, to może być to prosty przypadek, — ale w Ramajanie Valmiki, ojciec poezyi staroindyjskiej, używa wyrazów, oznaczających niewątpliwie kolor zielony i niebieski.

Z niektórych ustępów Biblii wynika, że Hebrejczycy znali

barwę czerwoną, purpurową, fiołkową, żółtą i błękitną. Z drugiej strony u wielkich poetów i pisarzy z nowszych czasów spotykamy pewną jednostronność w doborze wyrazów, oddających piękno barw. Milton w swym sławnym i wielkim poemacie »Paradise lost« rzadko mówi o błękicie lub o zieloności, a o fiołkowej barwie nie wspomina wcale. Henryada Voltaire'a jest niezmiernie ubogą w wyrażenia, odnoszące się do wrażeń barwnych. Corneille ani razu w swych utworach nie używa wyrazu niebieski lub błękitny. Któżby jednak z tych danych chciał wnosić o poczuciu barw ludzi, współczesnych tym poetom?

Druga część dzieła Dra Bénaky obejmuje studyum najstarszych zabytków architektury i sztuki. Egipcyanie używali polichromii na 4,500 lat przed nar. Chrystusa. Już z tej odległej epoki pochodzące posągi bywają malowane, n. p. na zielono. Nieco później spotykamy już sześć kolorów: czarny, biały, czerwony, żółty, zielony i niebieski. Fajanse, pochodzące z bardzo dawnej epoki (3500 lat przed nar. Chrystusa), są malowane fiołkowo, lub wspaniałym kolorem błękitnym. U starożytnych Chaldejczyków i Assyryjczyków barwy biała, czarna i purpurowa uchodziły za święte. Najstarsze freski greckie znaleziono w Thera. Widzimy na nich kolory: żywoczerwony, bladożółty, jasnoniebieski i ciemnobrunatny. Schliemann odkrył w Tyryncie pałac, pochodzący z XIII. wieku przed Chrystusem, a w nim freski pięciobarwne. W Mycenach znaleziono wazy malowane na kolor zielony i fiołkowy. Pliniusz i Cycero piszą o obrazach, których archeologia dotąd nie odkryła, że były malowane czterema kolorami: białym, czarnym, czerwonym i żółtym.

W ostatniej części swej książki podaje Dr Bénaky bardzo ciekawe szczegóły o teoryach barw, głoszonych przez starożytnych filozofów. Pitagoras przyjmował cztery barwy: białą, czarną, czerwoną i żółtą, odpowiadające czterem żywiołom: powietrzu, ziemi, ogniowi i wodzie. Wedle Anaksagorasa wszelkie barwy wywodzą się z barwy białej i czarnej. Platon rozróżnia bardzo wielką ilość odcieni barwnych, ale za pierwotne uważa kolory: biały, czarny, błyszczący i czerwony. Genialny Aristoteles zbliża się poglądami swymi najbardziej do pojęć dzisiejszych. Wie on, że kolory, które widzimy na barwnych przedmiotach, nie są czyste, lecz mieszane, złożone z różnych barw pierwotnych. Tych przyjmuje siedm: białą, czerwoną, żółtą, zieloną, niebieską, fiołkową i czarną. Prócz pomarańczowej niebrak tu żadnej z barw tęczy. On też wypowiada zdanie, że barwy nie istnieją same przez się, tylko przez to, że je oko ludzkie widzi. Wielki ten badacz przyrody spostrzegał już powidoki barwne, znał także barwy dopełniające. On wreszcie był pierwszym, który wyobrażał sobie światło i promienie barwne jako falowanie

składników powietrza atmosferycznego, a zwalczał teoryę emanacyi. Wiadomo, że i dzisiejsza najnowsza, elektromagnetyczna teorya światła daje się ostatecznie sprowadzić do zjawisk falowania.

Tak więc Dr Bénaky w pracy swej wykazał, że poglądy Magnusa i Gladstone'a stoją w sprzeczności tak z fizyologią porównawczą, jak i ze zdobyczami archeologii, i nie dadzą się pogodzić ani z wynikami badań, odnoszących się do najstarszych zabytków piśmiennictwa, ani wreszcie, jeżeli ktoś chce, z teoryą ewolucyi. Darwina, który przecież przyjmuje dla wytworzenia zmian własności, poszczególnych rodzajów okresy czasu niesłychanie długie, podczas gdy czasy przedhistoryczne, do których sięga archeologia, są stosunkowo niezbyt odległe w porównaniu z zamierzchłą epoką, w której pojawił się ród ludzki na ziemi. (Wedł. »Annales d'Oculistique«). *Dr K. W. Majewski.*

Zapalenie rogówki i tęczówki na tle zimnicy. (Affections cornéennes et iriennes d'origine palustre). Dr A. Leprince (z Bourges). (»Annales d'Oculistique«. 1901. V.).

Zaburzenia oczne, występujące na tle zimnicy, można podzielić na dwie gromady: 1. zaburzenia głębsze, odnoszące się do nerwu wzrokowego, siatkówki, naczyniówki, ciała szklistego, a także objawy czynnościowe, jak *hemeralopia, amblyopia, amaurosis, cyanopsia* i t. d. 2. zmiany zewnętrzne; tu należą: zapalenie tęczówki, miąższowe rozlane zapalenie rogówki i owrzodzenia rogówkowe. Autor opisuje przypadek zapalenia drzewkowatego rogówki *(keratitis dendritica ulcerosa)* u 24letniej kobiety, cierpiącej na częste napady zimnicy. W związku z jednym z takich napadów, który wystąpił w ośm dni po odbytym porodzie, powstało na obydwu oczach zapalenie, a badanie wykazało na rogówkach powierzchowne owrzodzenia w postaci pięknie drzewkowato rozgałęziających się płytkich rowków. Silne dawki chininy i leczenie miejscowe, polegające na zapuszczaniu atropiny, zakładaniu maści jodoformowej i stosowaniu ciepłych okładów, wystarczyły do usunięcia cierpienia. W kilka miesięcy potem wróciły codzienne napady zimnicy, a wraz z nią i zaburzenia oczne, mianowicie także sama jak poprzednio *keratitis dendritica.* I znowu chinina i odpowiednie środki miejscowe sprowadziły w krótkim czasie zupełne wyleczenie.

(Wiadomo, że drzewkowata postać owrzodzenia rogówki bardzo często, jeśli nie zawsze, bywa następstwem opryszczki rogówkowej *(herpes febrilis corneae).* Po pęknięciu pęcherzyków, które często uchodzą uwagi, płytkie punkcikowate owrzodzenia zlewają się ze sobą, tworząc na powierzchni rogówki drzewkowato rozgałęziające się rowki. Jest rzeczą prawdopodobną, że i w przypadku Le-

prince'a pierwotną zmianę stanowił *herpes febrilis corneae. — Przyp. ref.).* *Dr K. W. Majewski.*

Dalsze badania nad protargolem, jako środkiem zapobiegawczym przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków. Dr T. Piotrowski. (»Przegląd Lekarski«. 1901. Nr. 26.).

Ponieważ azotan srebrowy, polecony jako środek zapobiegawczy przeciw ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków, jest środkiem silnie drażniącym, zwłaszcza wobec niewłaściwego sposobu użycia, jaki jest jednak jedynie możliwy w rękach akuszerek (bez odwracania powiek i bez następnego opłukiwania rozczynem soli), i ponieważ sprowadza w każdym przypadku kilka dni trwający odczyn zapalny ze strony spojówki, przeto oglądano się za innymi środkami, któreby działały równie pewnie zapobiegawczo, a równocześnie mniej drażniły. Polecano zatem kwas borowy, formalinę, kwas salicylowy, wodę chlorową, tymol, karbol, nadmanganian potasowy, sublimat, itrol (cytrynian srebrowy), octan srebrowy i t. d. W ostatnich czasach, gdy Darier wprowadził protargol do terapii okulistycznej, zaczęto używać tego środka także dla zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków. Dr Piotrowski ogłosił już w roku 1899 w »Przeglądzie Lekarskim« sprawozdanie z doświadczeń, wykonanych z 20% rozczynem protargolu w 170 przypadkach na oddziale położniczym prof. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (w Krakowie). Już wtedy miał do zapisania bardzo pomyślne wyniki, gdyż na 170 przypadków raz jeden tylko przyszło do ropnego zapalenia spojówek, jednak przecież odczyn zapalny spostrzegano jeszcze w 35% przypadków. Od tego czasu zaczęto używać na oddziele prof. Rosnera 10% rozczynu protargolu, który okazał się jeszcze odpowiedniejszym. Obecnie rozporządza Dr Piotrowski pokaźną liczbą spostrzeżeń, przytacza mianowicie statystykę 1200 przypadków, licząc w to także owych 170, dawniej ogłoszonych. Od czasu wprowadzenia w użycie 10% rozczynu protargolu odsetek zapaleń odczynowych spadł z 35% na 10%, a działanie zapobiegawcze tego sposobu nie zawiodło *ani razu.* Jeśli się zważy, że materyał oddziału szpitalnego pochodzi z najuboższych warstw ludności miejskiej i podmiejskiej, wśród której rzeżączkowe zmiany w pochwie są nadzwyczaj rozpowszechnione, trzeba przyznać tem większą doniosłość nader pomyślnym wynikom tych doświadczeń. Nowy ten sposób zapobiegawczy ma jeszcze tę wielką zaletę, że technika jego wykonania nie przedstawia najmniejszych trudności i nie naraża noworodków na żadne niebezpieczeństwo, wykonanie zatem tego zabiegu może być bez obawy powierzone akuszer-

kom, jak się też to i dzieje na oddziele prof. Rosnera. Autor, uwzględniając niezaprzeczoną wyższość protargolu nad azotanem srebra, uważa za rzecz konieczną, ażeby rząd zmienił dotychczasowy przepis, nakazujący akuszerkom stosowanie metody Credé'go i polecił używać wyłącznie protargolu, jako środka o wiele skuteczniejszego i bezpieczniejszego zarazem. W każdym razie lekarz, którego nie krępują w wyborze postępowania zapobiegawczego żadne przepisy ustawy, powinien już teraz u każdego noworodka używać protargolu, którego wyższość nad azotanem srebrowym stwierdza niewątpliwie statystyka i doświadczenie. Dodać jeszcze należy, że niezależnie i równocześnie z Drem Piotrowskim robił nad protargolem doświadczenia Engelmann i wyniki swe ogłosił w »Centralblatt f. Gynäkologie«. Otóż spostrzeżenia obydwóch autorów najzupełniej się zgadzają, co tem bardziej podnosi ich wartość.

Dr K. W. Majewski.

Wszczepianie oka króliczego po enukleacyi do torebki Tenona (Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un oeil de lapin dans la capsule de Tenon). Feliks Lagrange (z Bordeaux). — (»Annales d'Oculistique«. 1901. III.).

Wynik kosmetyczny, jaki daje proteza po zwyczajnej enukleacyi, bywa bardzo często niedostateczny, bądź to dlatego, że oko sztuczne jest zbyt małe i głęboko wpadnięte, bądź też dlatego, że nie porusza się dość wydatnie. Dla zaradzenia temu podawano, jak wiadomo, różne zabiegi, do których należy operacya Mulesa, polegająca na włożeniu kuli metalowej po wypaproszeniu gałki do torby twardówkowej, dalej operacya Frost-Langa, polegająca na wszyciu takiejże kuli do torebki Tenona. Do tego celu podawano także kule szklane, celuloidowe, srebrne, kule z gąbki, kłębki sznurka jedwabnego i t. d. Na ostatnim międzynarodowym zjeździe w Paryżu omawiano obszernie sprawę tej heteroplastyki, większość jednak autorów przyznała, że kula taka działa najczęściej drażniąco, jako ciało obce, i zazwyczaj ulega samoistnemu wydaleniu. Lagrange robił z początku próby z kulami wykrojonemi z żywej kości lub nawet wkładał całą główkę kości udowej, wreszcie używał kości odwapnionej. Nie doczekał się jednak ani razu pomyślnego wyniku, gdyż kość prawie zawsze ulegała zupełnemu wessaniu. Autor przywodzi na pamięć próby, wykonywane przez Chibreta (z Clermont-Ferrand), który wszywał do oczodołu po enukleacyi oko zwierzęce i to nie w celu podtrzymania protezy, lecz z tą myślą, żeby oko to pod względem kosmetycznym pełniło służbę oka wyjętego, co się jednak nie udawało z powodu zaćmienia rogówki, a nawet całkowitego zropienia przeszczepionej gałki. Lagrange postanowił wszyć w torebkę Tenona, bezpośrednio po dokonanej enukleacyi,

świeżo wyjęte oko królika w nadziei, że ono przyrośnie należycie i będzie następnie wypełniać oczodół tak, że warunki dla założenia protezy staną się o wiele korzystniejsze. Sposobu tego użył w czterech przypadkach, z tych w trzech doczekał się nadspodziewanie pomyślnego wyniku, w czwartym wszczepione oko uległo obumarciu. Postępowanie Lagrange'a jest następujące: już podczas enukleacyi zakłada on na wszystkie cztery mięśnie proste nitki tak, ażeby po przecięciu nie schowały się w głąb oczodołu; następnie po wyjęciu gałki dba o jak najdokładniejsze stłumienie krwotoku, co osiąga zapomocą przestrzykiwań wodą lodową i silnem tamponowaniem. Nagromadzenie się krwi w torebce Tenona stanowi, zdaniem jego, najpoważniejszą przeszkodę, utrudniającą przyjęcie się wszczepionego oka. Następnie wkłada do torebki Tenona świeżo wyjęte, niezbyt duże oko młodego i zdrowego królika. Ponad niem zeszywa naprzód mięśnie proste parami: górny z dolnym i wewnętrzny z zewnętrznym, wreszcie zaszywa spojówkę. Tak wszczepione oko w ciągu pierwszych kilku tygodni mięknie trochę i zmniejsza swą objętość, potem jednak nie zmienia się już więcej i stanowi dla protezy doskonały ruchomy podkład. Niepowodzenie w jednym przypadku przypisuje autor temu, że użył oka, pochodzącego z królika starego, którego tkanki posiadały zapewne zbyt małą żywotność. Wielki nacisk kładzie autor na konieczność ściśle aseptycznego wykonania operacyi tak u człowieka jak i u królika, co się zresztą samo przez się rozumie. *Dr K. W. Majewski.*

Usuwanie zaćmy drogą podspojówkową. (L'extraction sous-conjonctivale de la cataracte). Dr P. Pansier z Avignon. — (»Annales d'Oculistique«. 1901. III.).

Twórcą tej operacyi jest Desmarres ojciec, który ją podał jeszcze w połowie zeszłego (XIX.) stulecia. Wykonał ją jednak zaledwo w sześciu przypadkach, poczem jej zaniechał, zrażony pewnemi niedogodnościami, których wówczas usunąć nie umiano. Sposób ten operowania katarakty poszedł później w zapomnienie, dopiero w ostatnich latach Pansier i Vacher, nie wiedząc o próbach Desmarres'a, a także zupełnie niezależnie od siebie, zaczęli operować zaćmę, wydobywając ją też pod nieprzeciętym mostem spojówkowym. Pansier opisuje postępowanie, które po wielu próbach uznał za najwłaściwsze, w następujący sposób: Pięć minut przed operacyą wkrapla do worka spojówkowego rozczyn wodny wyciągu z nadnercza z małym dodatkiem rozczynu kokainy. Po założeniu rozwórki i ustaleniu gałki zapomocą szczypczyków — robi nożem Graefe'go punkcyę na granicy rogówko-twardówkowej i, posuwając koniec noża w przedniej komorze, rozcina po drodze torebkę, po-

czem wykonywa kontrapunkcyę i prowadzi cięcie w rogówce ku górze, zatrzymując się pod spojówką. Teraz szczypczykami ustalającemi ujmuje spojówkę powyżej rogówki w zmarszczkę pionową, zwracając równocześnie gałkę ku dołowi, i prowadzi nóż dalej pod spojówką, wycinając długi na 1 cm i jak najszerszy płat, z pod którego nóż nakoniec wyjmuje, nie odcinając ostatecznie spojówki. Teraz wyciska zaćmę w sposób zwyczajny, przyczem soczewka wydostaje się na zewnątrz z pod mostka przez jedno z bocznych cięć w spojówce. Po operacyi zakłada lekką opaskę tylko na operowane oko; nazajutrz zmienia opatrunek i zapuszcza atropinę, a po 48 godzinach ranka jest już tak mocno zlepiona, że opaski zazwyczaj wcale nie potrzeba. Zalety tej operacyi mają być liczne i cenne. W pierwszym rzędzie podnosi Pansier szybkie zrastanie się brzegów rany, co skraca czas leczenia i zmniejsza w wysokim stopniu niebezpieczeństwo zakażenia. Wypadnięcie tęczówki w przypadkach, operowanych bez irydektomii, zdarza się przy tej metodzie znacznie rzadziej, aniżeli po operacyi, wykonanej zwyczajnym sposobem. — Z licznych zarzutów, jakie przeciwko sposobowi temu podniesiono, z jednym tylko, zdaniem autora, do niedawna liczyć się należało. Wykrojenie mostka spojówkowego połączone bywało z dość znacznym krwotokiem i to prawdopodobnie było głównym powodem, dla którego Desmarres po kilku próbach sposób ten zarzucił. Obecnie jednak posiadamy w wyciągu z nadnercza znakomity środek powstrzymujący, a przynajmniej uśmierzający krwawienie do tego stopnia, że przestaje ono być powikłaniem, któreby mogło odstraszać operatora od wykonywania tego zabiegu.

Dr K. W. Majewski.

III. Z TOWARZYSTW.

Ośmnasty doroczny zjazd Towarzystwa okulistów francuskich, odbyty w Paryżu w dniach od 6—9 maja 1901 r.

Dalszy ciąg dyskusyi nad sprawozdaniem Wecker'a.

Parinaud: Ze wszystkich sposobów leczniczych, jakie dotychczas stosowano przeciw jaskrze, irydektomia jest, i na długo zapewne pozostanie, zabiegiem, działającym najpewniej i najlepsze dającym wyniki. W dyskusyi nad sprawozdaniem Weckera podniesiono już skuteczność tej operacyi, która nie zawodzi nawet w tych razach, gdzie wykonanie jej pod względem techniki chirurgicznej bardzo wiele pozostawia do życzenia. Mówca zastanawia się

nad pytaniem, kiedy irydektomię przeciwjaskrową należy uważać jako źle, a kiedy jako dobrze wykonaną. Na podstawie własnego doświadczenia i opierając się na teoryi tak zwanej filtracyjnej, dochodzi Parinaud do wniosku, który mógłby się zrazu niejednemu wydać opacznym. Utrzymuje on, że zdolność blizny do przesączania płynów zostaje w wysokim stopniu spotęgowaną przez wgłobienie tkanki tęczówkowej pomiędzy brzegi rany. Wiadomo, że każdy operator dba o to troskliwie, żeby po irydektomii tęczówkę stylecikiem odprowadzić, wygładzić ją i o ile możności zapobiedz jej wrośnięciu w rankę. Przy ostrej jednak jaskrze, gdy się operuje na oku nieraz bardzo twardem i bolesnem, przy niedostatecznie zwężonej źrenicy i bardzo płytkiej nieraz komorze, udaje się to bardzo rzadko. Tak wykazują przynajmniej liczne badania anatomo-patologiczne, które wykonał Poucet de Cluny. Mowca nie ma tu wprawdzie na myśli wypadnięcia tęczówki w ścisłem tego słowa znaczeniu, bo to może samo przez się wywołać objawy jaskry, lecz tylko wrośnięcie obwodowych części tęczówki pomiędzy wewnętrzne brzegi rany w obu jej kącikach. Zarówno statystyka, jak i doświadczenie wszystkich operatorów stwierdzają zgodnie, że właśnie irydektomia w ostrej jaskrze najświetniejsze daje wyniki. Zestawiając te dwie okoliczności, należy przypuścić, że właśnie taka irydektomia pod względem chirurgicznym niezupełnie poprawnie wykonana, lub przynajmniej uchodząca za taką, jest wobec jaskry najkorzystniejszą i najlepiej odpowiada celowi. Podobne, również dodatnie znaczenie przypisuje Parinaud pęcherzykowatemu zabliźnieniu rany. Na poparcie tego twierdzenia przytacza jako przykład historyę choroby pewnego urzędnika kolejowego, u którego z powodu jaskry wykonał irydektomię na obydwu oczach; na prawem odprowadził tęczówkę starannie tak, że po zagojeniu powstała blizna gładka, szpara regularna, szeroka i dobrzeżna. Na lewem oku z rozmysłu zaniechał odprowadzenia tęczówki i pozwolił, ażeby wrosła w kąciki twardówkowej rany. Wejrzenie operowanego oka po zagojeniu nie przedstawiało się skutkiem tego bynajmniej korzystnie; przyszło nawet do pęcherzykowatego zabliźnienia rany. Wynik jednak był taki, że rzekomo poprawna irydektomia na oku prawem nie zdołała powstrzymać postępów jaskry, oko pozostało twarde i straciło z czasem poczucie światła. Daleko lepiej posłużyła »zła« irydektomia lewemu oku. Jaskra na tem oku nie postępuje już więcej, napięcie nigdy się nie podnosi, a $^1/_4$ zachowanej od czasu operacyi bystrości wzroku pozwala choremu oddawać się zawodowej pracy.

Valude polemizuje w sposób dosyć cierpki ze sprawozdawcą, który w swej pracy ma się wyrażać z odcieniem pewnego lekceważenia o tych wszystkich, co z zasady unikają zabiegów opera-

cyjnych przy jaskrze prostej, — przyczem nie zważa, że w liczbie tych tak zwanych przez niego *„abstentionnistes“* znajdują się najpoważniejsi klinicyści współcześni. Valude zaleca przedewszystkiem środki zwężające źrenicę przy jaskrze prostej, a gdy te nie skutkują, ucieka się do elektryzacyi pnia nerwu współczulnego silnym prądem stałym. W ostateczności radzi sympatektomię.

Vacher zajmuje w sprawie leczenia jaskry prostej stanowisko jeszcze trochę chwiejne. Mając chorego, dotkniętego cierpieniem tem na obydwu oczach, wykonuje na jednem oku dobrzeżne wycięcie tęczówki, na drugiem zaś stosuje wyłącznie *miotica*. W ten sposób ma nadzieję, gdy ilość spostrzeżeń dostatecznie wzrośnie, wyrobić sobie zdanie, który z tych dwóch sposobów postępowania daje korzystniejsze wyniki.

Javal wskazuje na siebie, jako na żywy przykład bezsilności dotychczasowych sposobów leczenia pewnych, szczególnie złośliwych przypadków jaskry. Jest obecnie zupełnie ciemny, pomimo, że przeszedł na obydwu oczach cały szereg różnych operacyi. Obustronnie zrobioną była irydektomia, kilkakrotnie wykonywano punkcye i sklerotomie tak przednie jak i tylne, nakoniec poddano go nawet sympatektomii. Operował go częścią Wecker, częścią Priestley-Smith. Wytrwale przez długie lata zapuszczał środki zwężające źrenicę. Wszystko napróżno! Jeden Jacobsohn radził użyć atropiny po pierwszej irydektomii u prawego oka. Javal żałuje, że tego nie zrobiono, i temu przypisuje utratę wzroku. Graefe zapuszczał zawsze atropinę do oczu operowanych z powodu jaskry.

Rochon-Duvigneaud zastanawia się nad przyczyną stwierdzonego powszechnie faktu, że irydektomia wykonana wcześnie działa o wiele skuteczniej, niż wykonana w przypadku zastarzałym. Oto podczas pierwszych napadów jaskry ostrej tęczówka obwodowymi częściami *przylega* tylko do twardówki i granicy rogówkotwardówkowej i zatyka w ten sposób przestrzeń Fontany i kanał Schlemm'a. Po irydektomii, gdy się napięcie obniży i przednia komora pogłębi, odkleja się też tęczówka, oswabadzając kąt twardówkowo-tęczówkowy i przywracając prawidłowy odpływ śródocznych cieczy. W przypadkach jaskry zadawnionej kąt ten jest już zupełnie *zarośnięty* i, mimo obniżenia ucisku śródocznego, przestrzenie odpływowe nie mogą odzyskać dawnej drożności.

Abadie: Nie ulega wątpliwości, że obok przypadków takich, w których irydektomia niewątpliwie wzrok ratuje, zachodzą i takie, gdzie operacya najmniejszej nie przynosi korzyści. Zależy bardzo na tem, żeby umieć z góry rozróżnić te odmienne postacie jaskry i zastosować do tego swe postępowanie. Jako środek dyagnostyczny w przypadkach jaskry przewlekłej zapalnej poleca Abadie badanie

wpływu ezeryny i pilokarpiny na źrenicę. Jeśli, mimo kilkakrotnego zapuszczenia tych środków, źrenica się nie zwęża, wtedy można spodziewać się skutku po irydektomii, która tem samem jest wtedy koniecznie wskazaną. Jeśli natomiast *miotica* wywołują z łatwością zwężenie źrenicy, to można być pewnym, że irydektomia nie na wiele się przyda. Przeciw jaskrze prostej stosuje Abadie w pierwszym rzędzie *miotica*, a jeśli te zawodzą, wtedy ucieka się do sympatektomii.

Pflüger: Wartość dzisiejszych sposobów leczenia jaskry można w ten sposób określić krótko: wielka liczba ludzi jaskrą dotkniętych traci zwrok zupełnie i niepowrotnie — i to, albo bez operacyi, albo pomimo operacyi, albo nawet z powodu operacyi.— Ten smutny stan rzeczy aż nadto usprawiedliwia potrzebę dyskusyi nad udoskonaleniem postępowania leczniczego wobec tej zdradzieckiej choroby. Mowca poświęca główną uwagę tym nieszczęśliwym przypadkom, gdzie bezpośrednio po wykonanej irydektomii przyszło do zupełnej utraty wzroku, czy to z powodu krwotoków, czy też z powodu, że przebieg jaskry stał się piorunującym *(glaucoma fulminans)*. Potrzeba koniecznie wszechstronnem i dokładnem badaniem z góry się upewnić, czy się nie ma do czynienia z jaskrą złośliwą. W razach, gdy operacya jest nieunikniona, wykonuje Pflüger zamiast irydektomii klasycznej podaną przez siebie w r. 1894 irydektomię obwodową. Cięcie robi zawsze nożem Graefe'go, nigdy grotowym, poczem chwyta szczypczykami jak najbardziej obwodową część tęczówki i wycina podłużny, równoległy do rąbka pasek, pozostawiając niewyciętą część tęczówki środkową i przyźreniczną. Operacya ta ma posiadać różne zalety; nie przedstawia przedewszystkiem licznych i groźnych niebezpieczeństw, związanych z irydektomią zwyczajną, a powtóre nie narusza zwieracza źrenicy, dzięki któremu stosowane później *miotica* daleko lepiej i silniej działają.

Wecker w końcowem przemówieniu jeszcze raz podnosi konieczną potrzebę porozumienia się co do istoty jaskry prostej, bo inaczej, wobec panującego chaosu pojęć, wszelka dyskusya pozostanie jałową i bezużyteczną. *Nie ma jaskry bez wzmożenia napięcia śródocznego*, choćby to wzmożenie było jak najmniejsze, choćby palcami nie dawało się wybadać, choćby było tylko *względne*, to znaczy nieprzekraczające granic napięcia fizyologicznego, ale wystarczające, aby, wobec większej podatności ścian gałki i tarczy nerwu wzrokowego danego oka, wywołać objawy jaskry i sprowadzić upośledzenie wzroku i zwężenie pola widzenia.

Dalej poleca szczególnej uwadze uczestników zjazdu wywody Parinaud'a, który za konieczny warunek skutecznego działania irydektomii uważa wrośnięcie w rankę obwodowych części tęczówki,

a nawet pęcherzykowate zabliźnienie rany uznaje za czynnik korzystny i wprost pożądany. Wecker dalekim jest od zwalczania tych zapatrywań, radzi jednak o słuszności ich przekonać się zapomocą ścisłych doświadczeń klinicznych.

Nakoniec omawia szczegółowo nieszczęśliwy i niestety bynajmniej nie wyjątkowy przebieg jaskry złośliwej u Javala.

Zapobieganie ropnemu zapaleniu gałki ocznej (panophthalmitis suppurativa).

Dor (z Lugdunu) podaje wyniki swych doświadczeń, robionych na królikach i innych zwierzętach. Oznaczał on naprzód najmniejszą dawkę czystej, jadowitej hodowli gronkowca ropotwórczego *(staphylococcus pyogenes)*, która, wstrzyknięta królikowi do ciała szklistego, sprowadza napewne *panophthalmitis*. Jeśli przy następnem doświadczeniu nie przekroczy się zbytnio tej najmniejszej dawki, to można zapobiedz wystąpieniu *panophthalmitis*, jeśli się w dzień lub w przeddzień zastrzyknięcia hodowli poda zwierzęciu *per rectum* 2 gramy jodku potasu, rozpuszczonego w 30 gramach wody. Jeżeli już wystąpiły pierwsze objawy podrażnienia zapalnego, wtedy jeszcze ta sama dawka jodu może zapobiedz ropieniu, ale jeśli już raz wybuchła *panophthalmitis*, wtedy największa nawet ilość jodu nie wystarczy, aby ją powstrzymać lub usunąć. Dawka zatem, działająca skutecznie zapobiegawczo, okazuje się w leczeniu niewystarczającą. Nie można zatem zalecać jodku potasowego jako środka leczniczego w przypadkach ropnego zapalenia gałki ocznej, lecz należałoby — zdaniem Dora — podawać jod w dzień lub w wilię dnia wszelkich zabiegów, które w danym razie mogą narazić oko na *panophthalmitis*, — oraz natychmiast po każdym urazie, kaleczącym oko. Nie podobna jednak człowiekowi podać dawki, odpowiadającej tej, która u królika na pewno zapobiega ropieniu, bo człowiek, ważący 60 kg., musiałby zażyć naraz 40 gramów KI. Zważywszy jednak, że zakażenie przypadkowe sprowadzają zazwyczaj gronkowce, które się dostają do głębi oka w małej ilości i nie posiadają jadowitości czystych hodowli, — można przypuścić, że i 10 razy mniejsza dawka jodu, to jest 3—4 gramów, podana *per rectum*, może wystarczyć dla zapobieżenia ropieniu [1]). Tylko bardzo obszerna statystyka mogłaby wykazać skuteczność tego sposobu zapobiegawczego u ludzi. Do zestawienia takiej statystyki mowca zachęca obecnych.

---

[1]) Wiadomo, że chorzy zupełnie dobrze znoszą bardzo wielkie dawki jodu, np. 15 a nawet 20 gr. *pro die*, jeśli się ich do takich ilości stopniowo przyzwyczaja. Otóż możnaby, rozpoczynając na kilka dni np. przed operacyą katarakty od 3. gr. *pro die*, z łatwością dojść do dawki dziennej 10. lub nawet 15. gr. Taka ilość jodu działałaby zapobiegawczo pewniej, niż 3 lub 4 gr. *(Przyp. ref.)*

Zapalenie ropne gałki ocznej w następstwie garbiaka całkowitego rogówki.

Jocqs (z Paryża) podaje opis przypadku 10letniej dziewczynki, która straciła jedno oko wnet po urodzeniu, skutkiem rzeżączkowego zapalenia spojówki *(blennorrhoea neonatorum).* Przyszło do wytworzenia się garbiaka, zajmującego miejsce całej rogówki. Obecnie naraz, bez widocznego powodu, wystąpiła na tem oku *panophthalmitis* i autor zmuszony był do wypaproszenia gałki. Szczepienie bakteryologiczne dało czystą hodowlę gronkowca białego *(staphylococcus pyogenes albus).* Jocqs uważa przedni zrost tęczówkowy za drogę, na której w podobnych przypadkach zakażenie dostaje się w głąb oka.

Zmiany warstwy barwikowej siatkówki w różnych stanach patologicznych oka.

Gayet i Aurand (z Lugdunu): Oto niektóre z wniosków, do jakich doszli ci autorowie na podstawie swych badań histologicznych: Zwyrodnienie komórek warstwy barwikowej polega na utracie ziarenek barwika, który jednak nie rozkłada się ani nie znika, tylko bez zmiany opuszcza ciało komórkowe i dostaje się do wewnętrznych warstw siatkówki, bądźto uniesiony prądem limfy, bądźto pochłonięty przez leukocyty. Barwikiem tym wypełniają się następnie komórki siatkówkowe, sąsiadujące z ogniskami zapalnemi, a zwłaszcza zanikowemi. Plamy pigmentowe, które się widzi w różnych sprawach chorobowych siatkówki i naczyniówki, nie polegają na wytworzeniu nowego barwika, lecz na pochłonięciu przez komórki barwika, pochodzącego ze *stratum pigmentosum.* Jest to zatem prawdziwa fagocytoza barwikowa. W miejscach plam barwikowych czopki i pręciki są zazwyczaj zupełnie zniszczone. Zmiany we warstwie barwikowej znachodzili autorowie stale w przypadkach *iridochorioiditis*, *staphyloma*, *abscessus corneae*, *phthisis bulbi*, *panophthalmitis*, a także po urazach i w różnych postaciach jaskry.

Ophthalmoplegia congenita.

Lagrange (z Bordeaux). Na poparcie zapatrywania Duval'a, wedle którego górna gałąź nerwu twarzowego i nerw odwodzący *(n. abducens)* mają mieć wspólne jądro na podstawie mózgu, — przytacza autor przypadek wrodzonego obustronnego porażenia tych dwóch nerwów u małej dziewczynki. Badanie pobudliwości elektrycznej wykazało, że porażenia te miały przyczynę w ośrodkowych jądrach, a nie na obwodzie.

Rochon-Duvigneaud: Poszukiwania, które wykonał van Gehuchten, wykazały przeciwnie, że nerw twarzowy i szósta para *(nn. abducentes)* nie mają wspólnego jądra. W przypadku zaś,

który Lagrange przedstawia, mogła ta sama zmiana wrodzona dotyczyć kilku odrębnych jąder.

Nowotwory gruczołów łzowych.

Fromaget (z Bordeaux) podaje opis trzech przypadków nowotworów gruczołu łzowego: w pierwszym zajęty był gruczoł Rosenmüllera u 24letniego mężczyzny, a badanie drobnowidowe wykazało *sarco-myxo-fibroma,* w drugim u 56letniego chorego: *epithelioma tubulosum glandulae lacrymalis orbitalis,* w trzecim u 65-letniej kobiety wyłuszczył autor trzy torbiele, które zajęły miejsce gruczołu łzowego, zupełnie zanikłego. Torbiele te okazały się pęcherzami wodunkowymi *(kyste hydatique).*

Nowy sposób leczenia śluzowych i ropnych nieżytów woreczka łzowego.

Baudoin (z Castres) używa w leczeniu przewlekłych, ropnych i śluzoworopnych nieżytów woreczka łzowego, zgłębnika trwałego *(la sonde à demeure)*, różniącego się tem od podanego pierwotnie przez Vulpiusa, że nie jest pełny, lecz częścią wydrążony w postaci rurki, częścią przedstawia otwartą rynienkę. Po założeniu takiego zgłębnika przepłukuje autor codziennie woreczek łzowy 25% rozczynem protargolu, wkładając w górny koniec sondy, wystający z dolnej przewódki łzowej, odpowiednio przystosowaną nasadkę strzykawki Anela. Przestrzykiwania takie może sobie robić z łatwością nawet sam chory, lub ktoś z jego otoczenia. Zgłębnik pozostawia Baudoin na miejscu bez przerwy około 15 dni, co zazwyczaj ma wystarczać do usunięcia ropienia.

Darier w przypadkach, gdzie stosowanie zgłębników Bowmana nie przynosi żadnej korzyści, ucieka się często do wyłuszczenia woreczka, gdy chory na to nie przystaje, zakłada zgłębnik na stałe, nieraz z pomyślnym wynikiem.

Kalt nie miał dobrych wyników po sondach, zakładanych na stałe. W kilku przypadkach wstrzyknięcie żółtej maści (Pagenstechera) do woreczka łzowego oddało mu dobre usługi.

Parent zaleca wstrzykiwania glicerynowego roztworu sublimatu 1 na 500.

Zwichnięcie soczewki do przedniej komory po nakłuciu (punkcyi) rogówki.

Armaignac (z Bordeaux) miał sposobność w ciągu krótkiego czasu spostrzegać dwa rzadkie przypadki. W literaturze znalazł tylko jeden opis podobnego spostrzeżenia.

U 70letniego starca wystąpił ostry napad jaskry na oku, dotkniętem już poprzednio zanikiem nerwu wzrokowego. Na dnie przedniej komory było *hyphaema.* W obawie krwotoku naczyniówkowego

postanuowił ator ograniczyć się tylko do punkcyi rogówki. W kilka minut po przecięciu rogówki soczewka wsunęła się do przedniej komory i utkwiła brzegiem swym w rance. Nie rozszerzając cięcia, wydobył ją autor w kilku kawałkach. Gałka oczna przeszła następnie w zanik.

Drugi przypadek odnosi się do 70letniej kobiety, okazującej ostrą jaskrę na oku, w które kilka dni przedtem uderzyła się mocno kawałkiem drzewa. Gdy *miotica* nie skutkowały, przystąpił Armaignac do wykonania irydektomii, zaraz jednak po cięciu soczewka wstawiła się w rankę, pchając przed sobą tęczówkę. Z trudem udało się wyciąć kawałek tęczówki, a potem w kilku posiedzeniach usunięto także częściami zwichniętą soczewkę. Bóle ustały, a oko zagoiło się, przyszło jednak do zupełnego zarośnięcia źrenicy.

Owrzodzenia rogówkowe na tle dny i ich leczenie.

Abadie (z Paryża): W przypadkach dny zdarzają się bardzo bolesne i bardzo uporczywe przybrzeżne owrzodzenia na rogówce. Autor wypróbował uderzającą skuteczność nalewki z ziela, zwanego *Rhus toxikodendron*, którą każe zażywać po 15 do 25 kropel dziennie.

Choroba Basedowa, resekcya nerwu współczulnego, oderwanie siatkówki.

Bellencontre (z Paryża). W przypadku, w którym z powodu choroby Basedowa dokonano resekcyi nerwu współczulnego i jego zwojów po prawej stronie, przyszło na prawem oku do całkowitego odczepienia siatkówki prawego oka, autor nie przesądza jednak stanowczo, czy *post hoc*, czy *propter hoc*. Wycinał on nerw współczulny u psów, kóz i królików, ale odczepienia siatkówki nie stwierdził potem ani razu. Co prawda, oderwanie siatkówki u tych zwierząt zdarza się bardzo rzadko. Koni, u których choroba ta występuje samoistnie, nie miał autor do rozporządzenia.

Uleczalność białkomoczowego zapalenia siatkówki.

Rochon-Duvigneaud (z Paryża) omawia dwa przypadki *retinitidis albuminaricae*, w których przebieg cierpienia ocznego był nadspodziewanie pomyślny. W pierwszym przypadku podawano wewnętrznie nalewkę kantarydową, w drugim zaś jodotyrynę. Tu i tam przyszło do znacznej i trwałej poprawy wzroku. W pierwszym przypadku chora zmarła, w ośm lat po przebyciu zapalenia siatkówki, na zapalenie płuc. Badanie histologiczne oczu wykazało tylko lekką *periphlebitis*. Tętnice siatkówkowe i naczynia włosowate nie okazywały żadnych zboczeń.

Próba podziału leków, używanych w okulistyce.

Darier (z Paryża): Środki lekarskie, używane w okulistyce,

można podzielić na takie, które wpływają na powierzchowną wrażliwość czuciową *(anaesthetica:* kokaina, eukaina, holokaina); 2. na takie, które znoszą wrażliwość głębiej położonych części *(analgetica:* dyoniny i inne pochodne morfiny); wreszcie takie, które wpływają na mięśnie śródoczne *(mydriatica* i *miotica).* Szczegółowo omawia Darier własności wyciągu z nadnercza. Nie ma drugiego środka, któryby działał równie silnie zwężająco na naczynia krwionośne. Autor poleca używanie tego wyciągu w skrofulicznych zapaleniach rogówki i spojówki, w nieżycie wiosennym, przy *episcleritis, glaucoma etc.*

O dyoninie przekonał się na podstawie dalszych doświadczeń, że u ludzi dorosłych i zupełnie zdrowych wywołuje tylko przekrwienie, u dotkniętych zaś miażdżycą tętnic, chorobami nerek, wadami serca — występuje po zapuszczeniu dyoniny bardzo znaczna *chemosis.* Silne działanie dyoniny u dzieci przemawia — zdaniem Dariera — za skłonnością cierpień zołzowych.

Leczenie nieoperacyjne krótkowzroczności postępującej.

Suarez de Mendoza (z Paryża) stosuje w przypadkach krótkowzroczności postępowej leczenie, polegające na następujących zasadach:

Z początku zapuszcza atropinę ($^1/_2{}^0/_0$) tak długo, póki wszelki skurcz mięśnia rzęskowego nie ustąpi.

Następnie wyrównywa wadę refrakcyi, u osobników młodych zupełnie, u starszych częściowo.

Przez przeciąg co najmniej jednego roku śledzi przebieg myopii.

Jeśli się okaże, że myopia postępuje, wtedy przez cały szereg miesięcy robi zastrzykiwania pilokarpiny po 15 z rzędu dzień po dniu, z przerwami od 2 do 6 miesięcy. W przerwach zapuszcza pilokarpinę w postaci kropli.

W razie podwyższenia ucisku śródocznego wykonywa nakłucie rogówki i zakłada uciskową opaskę.

Nowotwory oczodołowe.

Chevallereau i Chaillous (z Paryża) opisują trzy spostrzeżenia nowotworów pozagałkowych, usuniętych szczęśliwie zapomocą operacyi Kroenleina, po której pozostała tylko mało widoczna blizna. Wszystkie trzy operacye zostały wykonane u osobników młodych; w dwóch przypadkach guz okazał się piasczakiem *(psammoma),* w trzecim włókniakiem śluzakowym *(fibro-myxoma),* wychodzącym z pochewki nerwu wzrokowego.

Powikłania oczne w przebiegu parotitis.

Péchin (z Paryża): U 22letniego młodzieńca wystąpiła *parotitis,* powikłana przemijającem porażeniem nerwu twarzowego. —

W okresie ustępywania sprawy zapalnej powstała *iritis* obustronna i *keratitis parenchymatosa partialis* na oku prawem. Zapalenie tęczówki trwało około 5 miesięcy. Bystrość wzroku prawego oka obniżyła się do połowy, na lewem oku wróciła do stanu prawidłowego.

Zaburzenia oczne w następstwie nerwobólu n. trigemini.

Kalt (z Paryża) spostrzegał u pewnego 66letniego chorego wśród napadu bardzo silnego nerwobólu nadoczodołowego, zmętnienie rogówki, która wyglądała tak, jak rogówka człowieka umarłego. — Pozatem stwierdził autor tylko przekrwiezie tęczówki i zwężenie źrenicy. Wrażliwość rogówki była utrzymana. Zmiana ta ustąpiła po dwóch tygodniach. Bóle zaś ustały równocześnie z wystąpieniem cierpienia ocznego. — W drugim przypadku, odnoszącym się do 48-letniej kobiety, spostrzegał Kalt najpierw odczepienie siatkówki, a w dwa lata później obwodową *chorioretinitis*, jedno i drugie bezpośrednio po napadzie nerwobólu w zakresie nerwu trójdzielnego.

Porażenia mięśni ocznych przy zapaleniach ucha środkowego.

Lapersonne (z Lille): W przebiegu ropnych zapaleń ucha środkowego spostrzegano niejednokrotnie i opisano porażenia mięśni ocznych, mianowicie mięśnia prostego zewnętrznego i mięśni, zaopatrzonych przez nerw okoruchowy. Związek tych zaburzeń tłómaczymy połączeniem, jakie musi istnieć między ośrodkiem *nervi vestibularis* a ośrodkami III. i VI. pary. Że połączenie takie istnieje także między ośrodkiem *n. vestibularis* a ośrodkiem VI. pary, przemawia za tem spostrzeżenie Lapersonne'a, gdzie w przebiegu ropnego, ostrego zapalenia ucha środkowego uległ porażeniu mięsień skośny górny po tej samej stronie.

Ropnie przerzutowe na oczach w przebiegu zapalenia płuc.

Petit (z Rouen). U chorej, dotkniętej zapaleniem płuc i cierpiącej na raka żołądka, wystąpiło obustronne ostre zapalenie spojówki, a wnet potem ropne zapalenie gałki ocznej lewej; na prawem oku wytworzył się wrzód pełzający rogówki, który się zakończył przebiciem i zropieniem gałki. Chora wkrótce umarła. Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej, podjęte za życia, — oraz ognisk ropnych, wykonane zaraz po śmierci chorej, wykazało, że przyczyną ropienia był *pneumococcus*.

O rozpoznawaniu gruźliczych zmian narządu wzrokowego.

Morax i Chaillous (z Paryża). Przeszczepianie tkanki podejrzanej do przedniej komory królikom uważają autorowie za sposób niepewny, dający niejednokrotnie dwuznaczne wyniki. Zamiast tego polecają wszczepianie wyciętego kawałka do jamy otrzewnowej morskiej świnki, a w razach, kiedy szczepienie jest niewykonalne

(przy głębokich zajęciach rogówki lub przy chorobach tęczówki) radzą wstrzykiwać małe dawki tuberkuliny, co im w 3 przypadkach ułatwiło rozpoznanie.

Dwa nowe przypadki dyfteryi spojówki, wyleczone surową naftą.

Vian (z Tulonu): Leczenie polegało na pocieraniu spojówki powiek wacikiem, nawiniętym na pręcik szklany i napojonym surową naftą. Zabieg ten wykonuje autor dwa razy dziennie. Częste spłukiwania letnim rozczynem kwasu borowego. Gorące okłady ryżowe aż do ustąpienia obrzęku powiek. W razie powikłań ze strony rogówki zakładanie żółtej maści.

Terrien zapytuje, na jakiej podstawie stawiane było rozpoznanie dyfteryi. W razie błonicy prawdziwej jedynie odpowiedniem jest wstrzyknięcie surowicy — a środki żrące są stanowczo przeciwwskazane.

„Conjunctivitis hypertrophica“, szczególna postać przewlekłego nieżytu spojówki.

Antonelli (z Paryża) spostrzegał u osób, okazujących równocześnie *rhinitis hypertrophica,* zmianę, polegającą na znacznem zgrubieniu i przekrwieniu spojówki przy utrzymanej gładkości powierzchni. Zmiana ta, która ogranicza się tylko do spojówki chrząstkowej powieki dolnej, sprowadza bardzo tylko nieznaczne objawy podmiotowe. Antonelli uważa ją za analogiczną ze zmianami na błonie śluzowej nosa. W leczeniu zaleca suprareninę, kokainę i przetwór, który nazywa *glycérolattannique,* równoczesne leczenie jamy nosowej, wreszcie hygienę oczną, a w razach uporczywości cierpienia — galwanokauter.

Leczenie zapaleń brzegu powiekowego kwasem pikrynowym.

Fage (z Amiens) używa od r. 1898 8—10$^0/_0$ rozczynu wodnego lub alkoholowego kwasu pikrynowego, którym powleka brzeg powiekowy po dokładnem poprzedniem oczyszczeniu tegoż. Kwas pikrynowy działa przeciwgnilnie i »keratoplastycznie«, to znaczy przyspiesza zrogowacenie świeżo wytworzonego przyskórka. Żółte zabarwienie znika po 24 godzinach.

Operacya ptosis sposobem Motais.

Laurent (z Rennes) podnosi zalety tej operacyi, którą uważa za względnie najlepszą z pośród operacyi, podanych przeciw opadnięciu górnej powieki [1]).

Usypianie chlorkiem etylu w okulistyce.

Fromaget (z Bordeaux) wykonał 100 różnych operacyi ocznych w uśpieniu chlorkiem etylu. Dwa razy tylko przyszło do

[1]) Por. »Postęp Okulistyczny«. 1900., V., str. 198.

wymiotów, zresztą nie spostrzegał żadnych powikłań. Znieczulenie ogólne występuje po 20—30 sekundach, rzadko dopiero po 1—2 minut. Okresu podniecenia często nie ma wcale. Uśpienie trwa minutę do trzech minut. Chcąc je przedłużyć, trzeba zawczasu nalać na maskę świeżego chlorku etylu. Chory nie potrzebuje być na czczo.

Usuwanie zaćmy sposobem podspojówkowym.

Vacher (z Orleanu)[1].

Następują demonstracye tablic do badania bystrości wzroku (Landolt), druków »anastatycznych« (Sulzer), szematów do rozpoznawania porażeń mięśni ocznych (Guende), narzędzi okulistycznych (Suarez de Mendoza), wreszcie nowych optotypów (Vignes). — *Dr K. W. Majewski.*

IV. LECZNICTWO.

4. Paralysis agitans leczy Dr Hilbert, rzekomo z dobrym skutkiem, zastrzykiwaniami podskórnemi, stosownie do polecenia Erba i Eulenburga, z *hyoscinum hydrobromicum*. Działanie objawia się zmniejszeniem się trzęsienia i uspokojeniem chorych. Ostrożność oczywiście wskazana z powodu trujących dawek środka, który tylko w dawkach 0.0003 do 0.00035, co dzień lub co drugi, raz dziennie powinien być stosowanym. — („Heilkunde“. 1901. Z. 3.).

5. Bromokol przedstawia połączenie bromowe (klej dibromtaninowy). Według Brata („Therapeut. Monatsheft“. 1901. Nr. 4) stosowanie tego środka połączone jest ze względnie najmniejszym wpływem na serce, na zaburzenia wydzielin gruczołów (*Acne, gastroenteritis, bronchitis*), a także drażnienie błony śluzowej żołądka bardzo jest ograniczone. Skutek ma być przy najrozmaitszych nerwicach bardzo pewny i szybki przy dawce $^1/_2$—1 gr. — Według doświadczenia Friedlaendera — bromokol przechodzi przez żołądek nierozpuszczony, a dopiero w jelitach ulega wessaniu, długo w ciele pozostając. Nie wywołuje żadnych zaburzeń ogólnych. — *W.*

---

[1]) Por. »Postęp Okulistyczny«. 1901., str. 333.

V. ROZMAITOŚCI.

We francuskiem Towarzystwie neurologicznem (7/II b. r.) przedstawił J. Babiński 29letnią kobietę, która w miesiąc po spadnięciu z bicyklu zaczęła uskarżać się na bóle głowy. Bóle te, które po 18 miesiącach stały się nadzwyczaj silnymi, ustawały tylko podczas miesiączkowania; towarzyszyły im, codziennie, wymioty. Po roku wykryto *neuritis optica* i wynaczynienia w siatkówce, bez osłabienia bystrości wzroku; jednakże po 6 miesiącach wzrok zaczął szybko upadać i 10/I. stwierdzono obustronnie *neuritis optica oedematosa.*

Na życzenie kol. Babińskiego wykonał Gosset kraniotomię dnia 14 stycznia: wycięto szeroki kawałek kości z lewej strony czaszki. Od tej chwili bóle głowy i wymioty natychmiast ustały i 30 stycznia stwierdzono, że *stasis papillaris* znikło, pozostawiając tylko bladość tarczy wzrokowych.

Spodziewamy się, że ciekawe to spostrzeżenie, streszczone w „La Clinique Ophthalm.“, szanowny współpracownik „Postępu Okulistycznego“ zechce opisać na stronicach naszego pisma, — na pracę jego w ojczystym języku już od dawna czekamy. *Dr J. T.*

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Radca Dworu, Dr med. Emil, syn Jędrzeja, Nieznamow mianowany został nadzwyczajnym profesorem uniwers. warszawskiego na katedrze oftalmologii. Urodzony w r. 1861, po ukończeniu uniw. w Charkowie był nadetatowym ordynatorem kliniki oftalmicznej przy prof. Hirschmannie, potem habilitował się dla oftalmologii przy charkowskim uniwersytecie. Podał on w druku kilka rozpraw, z których ostatnia „O wpływie chemicznych promieni słońca na przebieg ropnych zapaleń oka“ streszczona w tegorocznym „Postępie Okulistycznym“ (str. 147).

Dr J. Weeks mianowany profesorem okulistyki przy Bellvue Hospital Medical College w Nowym Jorku.

Dr W. C. Posey mianowany profesorem okulistyki we Filadelfii.

Prof. Lapersonne z Lille objął katedrę okulistyczną przy uniwersytecie paryskim po ustąpieniu Panasa.